



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜ.ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝ. ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΚΥΚΛΑΔΩΝ
Ταχ. Δ/ση: Πλ. Παπάγου 34
Ερμούπολη – Σύρος
Ταχ. Κωδ : 84100
Τηλέφωνο : 22810-76775, 76919, 76921
FAX : 22810-76774

ΕΡΜΟΥΠΟΛΗ 02-11-2018
Αρ. Πρωτ.: Οικ.: 620

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Η Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, Διεύθυνση Κοινωνικής Μέριμνας Κυκλάδων, ενημερώνει ότι από 05-11-2018 ως και 31-12-2018, θα ανανεώνονται και θα εκδίδονται τα δελτία μετακίνησης ΑΜΕΑ.

Η διαδικασία ανανέωσης και έκδοσης νέων δελτίων , θα γίνονται στην έδρα της Διεύθυνσης(Πλ. Παπάγου 34, Ερμούπολη και ώρες 8.30-12.30), στα ΚΕΠ των Δήμων του Νομού Κυκλάδων καθώς και στα Τμ. Κοινωνικής Μέριμνας των Επαρχείων Άνδρου και Νάξου του Νομού Κυκλάδων.

Επισυνάπτεται η αίτηση και τα δικαιολογητικά που είναι απαραίτητα για την ανωτέρω διαδικασία

Ο ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ Δ/ΝΣΗΣ

ΔΗΜΗΤΡΗΣ Σ. ΑΛΟΥΜΑΝΗΣ

ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	
(συμπληρώνεται από την υπηρεσία)	(συμπληρώνεται από την υπηρεσία)	

ΠΡΟΣ ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΚΥΚΛΑΔΩΝ



ΑΙΤΗΣΗ-ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών
(άρθρο 8 παρ. 4 Ν.1599/1986)

ΘΕΜΑ: "Δελτίο μετακίνησης Α.Μ.Ε.Α. για το έτος 2018"

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Επώνυμο:			
Όνομα:			
Δ/νση Κατοικίας:	Περιοχή:	Οδός, αριθμός:	T.K.:
Α.Δ.Τ.:			
Τηλέφωνο επικοινωνίας:			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν.1599/1986, δηλώνω ότι διαμένω μόνιμα στην παραπάνω αναγραφόμενη διεύθυνση και ότι δεν έχω παραλάβει Δελτίο Μετακίνησης από άλλη Περιφερειακή Ενότητα ή ΚΕΠ.
ΣΥΝ/ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΩ:

<p>Γνωμάτευση Υγειονομικής Επιτροπής ή Απόφαση Διοικητικού Διευθυντή του Ασφαλιστικού Φορέα που ανήκουν, όπου θα αναγράφεται παθολογοανατομικό ποσοστό αναπηρίας (τουλάχιστον 67%) ή βεβαίωση εγγραφής στο μητρώο επιδοματικούς από το Δήμο ή από την Περιφέρεια σε περίπτωση διατροφικού επιδόματος. 1) Για τις γνωματεύσεις του ΚΕΠΑ δεν απαιτείται η αναγραφή του όρου παθολογοανατομικό ποσοστό. 2) Αναφορικά με τη γνωμάτευση της Υγειονομικής Επιτροπής ή την απόφαση Διοικητικού Διευθυντή Ασφαλιστικού Φορέα, θα πρέπει να αναφέρονται τα εξής :</p> <p>I. Παθολογοανατομικό ποσοστό αναπηρίας 67% τουλάχιστον ή II. Ανατομιοφυσιολογικό ποσοστό αναπηρίας 67% τουλάχιστον ή III. Βλάβη από κοινή νόσο 67% τουλάχιστον ή IV. Αναπηρία 67% τουλάχιστον ή V. Παθολογοανατομική βλάβη 67% τουλάχιστον ή VI. Ανατομιοφυσιολογική βλάβη 67% τουλάχιστον ή VII. Εφ'όρου ζωής αναπηρία 67%</p>
Δελτίο αστυνομικής ταυτότητας ή φωτοαντίγραφο αυτής
Φωτοαντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος (φορολογικού έτους 2017)
Δύο (2) πρόσφατες φωτογραφίες ή τρεις (3) ίδιες για τους δικαιούχους δελτίου συνοδού, από τις οποίες η μία θα επικολλάται στο δελτίο του συνοδού.
Εξουσιοδότηση απαιτείται στην περίπτωση που δεν παρίσταται ο δικαιούχος

Ερμούπολη : / / 20....
Αιτών/Αιτούσα
Ο ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
Υπέγραψε ενώπιον μου

Ο/Η
Υπογραφή